

Smile4Us Dental

5050 FM 1960 W, Ste 126, Houston, TX 77069
(281) 440-0814 - smile4us1960@gmail.com

Patient form

Registro de Paciente Nuevo

Traiga este formulario completo a su primera visita, o llenelo en la clinica.

[TODO: clinic to review and approve this template before using it with patients.]

Informacion del paciente

Nombre legal

Nombre preferido

Fecha de nacimiento

Telefono

Correo

Direccion

Contacto de emergencia

Telefono de emergencia

Responsable de la cuenta

☐ El paciente es responsable de la cuenta

☐ Padre/tutor es responsable de la cuenta

Nombre del responsable

Relacion

Telefono

Preferencias de comunicacion

☐ Llamada telefonica

☐ Correo electronico

☐ SMS solo si se firma consentimiento TCPA separado

No incluya informacion medica sensible en correos o mensajes de texto.

Firma

Firma del paciente/tutor

Fecha
